（別紙３）

年　　月　　日

加須市長　様

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

申請者　住所　加須市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄（　　）

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が回復し主治医の許可が得られたため、次のとおり定期予防接種の実施を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="2">加須市
電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏名・性別</td><td colspan="2">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日　（満　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名等、
特別な事情の内容</td><td colspan="2">疾患名【　　】
該当する項目にチェックをつけてください。
□（１）重症複合免疫不完全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病
□（２）白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病
□（３）(1)又は(2)に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病
□（４）臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと
□（５）医学的知見に基づき、(1)～(4)に準ずると認められるもの</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="14">接種可能を希望する予防接種の種類、接種回数
（該当する項目にチェック及び○印をつけてください。）

※接種上限年齢
・ＢＣＧ･･･４歳未満
・ヒブ･･･10歳未満
・小児用肺炎球菌
･･･６歳未満
・四種混合･･･15歳未満</td><td>□Ｂ型肝炎</td><td>１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>□ヒブ（Hib）(※)</td><td>初回（１回目・２回目・３回目）・追加</td></tr>
<tr><td>□小児用肺炎球菌(※)</td><td>初回（１回目・２回目・３回目）・追加</td></tr>
<tr><td>□四種混合(DPT-IPV)(※)</td><td>１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>□ＢＣＧ(※)</td><td></td></tr>
<tr><td>□麻しん風しん混合（MR）</td><td>１期・２期</td></tr>
<tr><td>□水痘</td><td>１回目・２回目</td></tr>
<tr><td>□日本脳炎</td><td>１期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期</td></tr>
<tr><td>□二種混合（DT）</td><td>２期</td></tr>
<tr><td>□子宮頸がん予防（HPV）</td><td>１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>□三種混合（DPT）</td><td>１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>□不活化ポリオ（IPV）</td><td>１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加</td></tr>
<tr><td>□麻しん</td><td>１期・２期</td></tr>
<tr><td>□風しん</td><td>１期・２期</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種予定医療機関名
主治医氏名
所在地
電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

この申請書と別紙４理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、これらの内容が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿